

# Terveystaloustiede on moraalitiede

## Terveystaloustieteen kehittäjän Alan Williamsin haastattelu

HANNU VALTONEN

Professori Alan Williams Yorkin yliopistosta Englannista oli tarkoitus promovoida kesäkuun alussa Kuopiossa terveystaloustieteen kunniatohtoriksi.<sup>1</sup> Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta oli päättänyt kutsua hänet arvonimen saajaksi, koska Williamsia pidetään yhtenä planeetan tunnetuimmista terveystaloustieteilijöistä. Idea alla olevaan Williamsin haastatteluun syntyi myös siksi, että suomalaisten alan tutkijoiden koko ”ensimmäinen sukupolvi”, kaikki kolme professoria yliopistoissa eli Harri Sintonen, Pekka Rissanen sekä Hannu Valtonen, ja Stakesin tunnetut terveystaloustieteilijät Markku Pekurinen ja Unto Häkkinen, vain muutamia mainitakseni, on koulutettu juuri Yorkissa.

### *Miten tulitte Yorkin yliopistoon 1960-luvun puolivälissä?*

– Yliopistojärjestelmää laajennettiin voimakkaasti Englannissa 60-luvun alussa, ja tätä politiikkaa toteutettiin pääosin rakentamalla uusia yliopistoja sen sijaan, että olisi laajennettu jo olemassa olevia. Toiveena oli uudistaa opetusmetodeja, kurssirakenteita, organisaatioita ja tutkimusta. Useimmat näistä uusista yliopistoista perustettiin pieniin historiallisiin kaupunkeihin, kuten Canterburyyn ja Yorkiin, jotka olivat olleet suuria kirkollisia keskuksia satojen vuosien ajan. Kaupungeissa oli kauniit 1100-luvulla rakennetut kirkot, mutta niissä ei koskaan – yllättävää kyllä – ollut yliopistoa. Minulle tämä oli suuri tilaisuus. Voin tuolloin urani puolivälissä liittyä pioneirihankkeeseen, työskentelemään suuresti kunnioittamieni ihmisten kanssa. Halusimme



kokeilla, pystyisimmekö ottamaan haasteen vastaan ja jättämään jälkemme maailmaan.

– Yorkin yliopiston taloustieteiden laitos valitsi strategiakseen julkisen sektorin taloustutkimuksen kehittämisen. Ajattelimme, että puhdasoppinen taloustieteellinen markkinoiden analyysi epäonnistui monella tavalla. Julkisen sektorin tehokkuuden arviointiin ja merkitykseen soveltuva tiukka tieteellinen ajattelu oli vielä kehittämättä. Itse asiassa vieläkin kansantalouden tilinpidossa vähätellään julkisiin palveluihin suunnattuja resursseja sen sijaan, että ne nähtäisiin sijoituksina tärkeään yhteiseen omaisuuteen. Koska meillä ei ole riippumattomia arvioita julkisten palveluiden tuotoksen arvosta, yksinkertaisesti oletetaan, että

<sup>1</sup>Alan Williams kuoli nopeasti edenneeseen syöpään 2.6.2005.

hyödyt ovat yhtä suuret kuin menot!

– Aluksi Yorkissa tehtiin hyvin vähän terveydenhuollon tutkimusta, koska oli helpompi käsitellä liikenteeseen, sosiaaliturvaan, koulutukseen, asumiseen ja virkistysmahdollisuuksiin liittyviä ongelmia. Tähän aikaan oma erityinen kiinnostuksen kohteeni oli valtion talouden organisointi, verotus ja julkisten palveluiden vastuunjako julkishallinnon eri tasojen, eri ministeriöiden, kansallistetun teollisuuden ja kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (NHS) välillä. Ollessani kahden vuoden komennuksella valtiovaraministeriössä osallistuin sairaaloiden rakennusohjelman arviointiin. Haimme vastausta kysymykseen, ”ovatko uudet sairaalat kustannusvaikuttavampia kuin vanhat”. Kukaan ei silloin tiennyt vastausta tähän kysymykseen, eikä meillä ehkä ole vastausta vielääkään, mutta mieleeni jäi kytemään kiinnostus asian selvittämiseen.

*Yorkin yliopisto on yksi johtavia terveystaloustieteen keskuksia maailmassa. Miten te tämän oikein teitte?*

– Neljä vuotta valtiovaraministeriön työkomenukseni jälkeen Department of Health ’in johtava tutkija kutsui minut komiteaan, jonka tehtävänä oli löytää taloustieteilijöitä terveydenhuollon alueelle. Osoitautui pian, että taloustieteilijöitä oli saatavilla aivan liian vähän tutkimaan terveydenhuollon valtavia resurssienjako-ongelmia. Siispi laadimme suunnitelman: Perustaisimme erityisen kurssin Yorkiin kouluttaaksemme jo taloustieteen tutkinnon hankkineita nuoria ihmisiä asiantuntijoiksi terveystaloustieteen ja terveydenhuollon alalla. Department of Health sekä huolehtisi perustamiskustannuksista että järjestäisi stipendit noin 10 opiskelijalle lukukausimaksujen ja vuoden kestävä kurssin ylläpidon kattamiseksi. Kurssi oli hyvin suosittu ja tarjosimme sitä pian muillekin. Juuri tämä post graduate -kurssi houkutteli Yorkiin pääosin Yrjö Jahnssonin säätiön rahoituksella monia suomalaisia. Kurssista tuli myös filosofian tohtorin tutkinnon alku, ja tämä kohotti meidän tutkimusprofiiliamme ja houkutteli edelleen lisää ihmisiä Yorkiin ja terveystaloustieteen. Yliopiston ulkopuolelta rahoitettujen tutkimustemme hoitaminen opetuslaitoksen sisältä kävi vaikeaksi, ja perustimme Centre for Health Economics’in erillisenä tutkimuslaitoksena. Opetus ja tohtoriopiskelijat jäivät taloustieteen laitokselle. Muutamaa vuotta myöhemmin tämä uusi tutkimuslaitos vuorostaan oli ääriään myöten

täynnä opiskelijoita; se oli ratketa saumoistaan. Yhdistimme tällöin NHS:lle tekemämme tutkimustyön uuteen York Health Economics Consortiumiin. Kaikki kolme laitosta ovat edelleen olemassa ja kukoistavat, ja yhdessä ne muodostavat todennäköisesti suurimman terveystaloustieteilijöiden keskittymän maailmassa. Joten pienen uuden yliopiston kyky kokeilla, keksiä ja reagoida nopeasti yhteiskunnan tarpeisiin oli meidän onnemme. Olimme oikeassa paikassa oikeiden ihmisten kanssa oikeaan aikaan. Osin olimme tietenkin onnekkaita, mutta olimme myös ahkeria ja otimme riskejä ja se kannatti.

*Mitä odotitte terveystaloustieteellisen tutkimuksen saavuttavan?*

– Aluksi tämä kysymys ei ollut aivan ensimmäisiä mielessäni. Olin huolissani siitä, että muut ihmiset odottaisivat meiltä liikaa ja että jos tuottaisimme heille pettymyksen, terveystaloustieteen tuki lopahtaisi ja katoaisi. Onnistuimme hiljalleen ohjaamaan ihmisiä muotoilemaan kysymyksensä niin, että terveystaloustieteilijät voivat niitä käsitellä. Sen sijaan, että meidän olisi odotettu ratkovan ideologisia ongelmia ja kiistoja, saimme näin puhtia puhtaasti taloustieteellisen ohjelman luomiseen. Taloustieteessä käsitellään ennen kaikkea vaikeiden ratkaisujen tekemistä rajallisin resurssein. Resurssit eivät välttämättä ole rahaa vaan esimerkiksi henkilökunnan määrää, sairaalapaikkoja, aikaa, tietoa tai elinsiirtoja varten tarvittavia elimiä. Päämääräni on aina ollut saada ihmiset ajattelemaan näitä asioita systemaattisesti ja tämän taloustiede mahdollistaa. Taloudellisessa arvioinnissa emme tarvitse vain järjestelmän tuottamaa ja tarvitsemaa hallinnollista tietoa. Arviointi edellyttää saavuttamiemme asioiden arvon tutkimista – terveyssaavutuksia – sen sijaan, että vain selvitetään, kuinka kiireisiä olemme olleet, esimerkiksi laskemalla hoitojen määriä. Enemmän ei välttämättä tarkoita parempaa. Voidaksemme päätellä, onko edistystä tapahtunut, meidän täytyy tarkastella myös, mitä olemme uhranneet (toisin sanoen verrata hyötyjä kustannuksiin). Tämä ajatus kuulostaa yksinkertaisen järjekseltä, mutta sen siirtäminen käytäntöön tarkoittaa tämän ajattelutavan iskostamista kaikkiin päättäjiin terveydenhuollossa, ja se taas on hyvin vaikea tehtävä.

*Onko terveystaloustieteessä omaa erityistä teoriaa, joka eroaa taloustieteen valtavirran teoriasta?*

*oista? Meillä on tapana sanoa, että terveys on jostain erityistä muuhun maailmaan verraten, mutta niin on myös lentoyhtiön johtaminen (kyse on elämästä ja kuolemasta, vaaditaan pitkälle erikoistunutta työvoimaa [lentäjät], tieto on epäsymmetrisesti jakautunut, organisaatiot ovat hyvin monimutkaisia jne.).*

– Terveystaloustieteessä on useita piirteitä, jotka tekevät tavanomaisen taloustieteen ajattelun soveltamisen vaikeaksi. Hintajärjestelmän hylkääminen markkinoita järjestävänä mekanismina on yksi niistä. Kysyntä ja tarjonta täytyy saada tasapainoon muita keinoja kuin hintoja käyttämällä. Perinteisesti tämän tekivät yksittäiset lääkärit asettaessaan potilaat tärkeysjärjestykseen oman käsityksensä mukaisilla tavoilla. Tätä toimintatapaa kuvattiin vastaamiseksi lääkärin arvioimiin potilaiden tarpeisiin. Yksi taloustieteen perustava analyttinen idea, kysynnän ja tarjonnan erottaminen, ei voi tässä toteutua. Lääkärit – terveydenhuollon pääasialliset tarjoajat – määrittelevät myös tarvearviointinsa kautta terveydenhuollon kysynnän ja vielä niin, että kolmas osapuoli – yleensä jokin julkinen toimija – maksaa laskut. Tämä rakenne on analyttisen taloustieteilijän painajainen. Juuri tämä rakenne on syy siihen, että useimmissa muutaman viime vuosikymmenen aikana tehdyissä terveydenhuollon uudistuspaketeissa on yritetty erottaa kysyntä (tilaaja) tarjonnasta (tuottaja). Uudistuspaketeissa on yritetty formalisoida prosessit, joilla kysyntää ja tarjontaa koordinoidaan. Tämänkaltaista tilannetta ei ole millään toisella talouden sektorilla.

*Ison-Britannian, Skandinavian, Euroopan sekä Kanadan ja toisaalla yhdysvaltalaisen terveystaloustieteen välillä on selvä ero? Minusta näyttää siltä, että erot selittyvät vain osaksi terveydenhuollon järjestelmien eroista. Mitkä ovat syyt näihin eroihin? Ovatko ajatustavat lähestymässä toisiaan vai etääntymässä?*

– Yksi selkeä ero on halu luottaa yksityisiin markkinoihin terveydenhuollon järjestämisessä. Tämä puolestaan riippuu yksilön valinnanvapauden ja kollektiivisen päätöksenteon suhteellisesta tärkeydestä. Mitä enemmän korostat tasa-arvoa filosofiasasi, sitä suuremmalla todennäköisyydellä olet halukas rajoittamaan yksilöiden valintamahdollisuuksia yhteisen edun nimissä. Mainitsemasi hajaannus lienee kehittynyt tästä syystä. En tällä hetkellä näe mitään merkkejä siitä, että Yhdysvallat tulisi olemaan jostain muuta kuin kaikis-

ta muista poikkeava tapaus: heillä on jatkossakin hyvin korkeat terveydenhuoltomenot per capita ja silti suuret sosiaaliset erot hoitoon pääsyn suhteen. Ajatuksen vapautta kannattava etiikka tuntuu olevan tärkeämpi kuin tasa-arvon etiikka amerikkalaisessa unelmassa.

*Miten näette terveystaloustieteen merkityksen poliittisessa päätöksenteossa?*

– Taloustieteen ja politiikan kulttuurit törmäävät yhteen. Törmäys ei ole ideologinen vaan liittyy siihen, miten päätöksiä tulisi tehdä ja panna täytäntöön. Kerätessään kannatusta poliitikot esittävät suurisuuntaisia retorisia ideoita, jotka kuulostavat hyviltä ja ovat äänestäjien mielestä kiinnostavia. Näiden ideoiden konkreettiset seuraamukset (ja erityisesti vähemmän houkuttelevat seuraukset) ovat epäselviä. Hyötyjä painotetaan ja kustannuksia vähätellään. Todisteita käytetään valikoivasti, ja kriitikoiden mielipiteet jätetään huomiotta tai niitä väheksytään. Taloustieteilijät puolestaan politiikan analyysoijan roolissaan haluavat, että päämäärät tehdään selviksi ja näiden päämäärien odotettavissa olevat tulokset määritellään mahdollisimman tarkkaan, jotta voidaan arvioida saavutettavien hyötyjen laajuus ja niiden luonne. Olennaista on, että kaikki vaikutukset, hyvät ja huonot, mukaan lukien riskit ja epävarmuustekijät tulisi ottaa huomioon. Poliitikkojen houkuttelevien argumenttien tarpeen ja hyvän taloudellisen analyysin tarpeen välinen kuilu on mielestäni synyn jännitteisiin taloustieteilijöiden ja poliittisen prosessin välillä.

*Olette omissa tutkimuksissanne pohdiskellut usein terveydenhuollon toimenpiteiden arvoa suhteessa yksilöihin. Mitä ja kuinka paljon tiedämme asiasta tällä hetkellä?*

– Tämä palautuu pariin jo mainittuun seikkaan. Puhuimme edellä, miten päästä eroon ajatuksesta, että jos jokin maksaa enemmän, sen täytyy olla parempaa, ja että enemmän on parempi kuin vähemmän. Olen yrittänyt selvittää, mitä ihmiset arvostavat terveydenhuollossa. Meidän täytyy erottaa perustavalla tavalla ”terveyden kysyntä” ja ”terveydenhuollon kysyntä” toisistaan. Ihmiset hakeutuvat terveydenhuoltoon tullakseen terveemmiksi. Lääkärin tehtävä on päättää ja neuvoa, voidaanko tämä paremman terveyden toive täyttää terveydenhuollon menetelmin tai muuten, esimerkiksi ruokavalion, elämäntyylin, työn tai asuinpaikan muutoksella. Siispä mielestäni ni-

menomaan lääkärit määrittelevät *terveydenhuollon* kysynnän johtaen sen potilaan *terveyden* kysynnästä. Potilaat voivat tietenkin jättää lääkärin mielipiteen huomiotta ja ostaa oman terveydenhuoltonsa paikallisesta apteekista; suurin osa terveydenhuollon kustannuksista ei kuitenkaan synny apteekeissa.

– Selvittääkseni ihmisten terveydelleen antamaa arvoa vaikutin osaltani EuroQol-ryhmän syntyyn. Ryhmä on pieni monikansallinen ja monitieteinen tutkimusverkosto ja sen tavoitteena on yhdessä kehittää käytännöllinen tapa mitata ja arvottaa potilaan itse raporttoimaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tästä hankkeesta lähti aikanaan liikkeelle nykyään laajalti maailmalla käytetty EQ5D-instrumentti. Työssä oli alusta lähtien mukana suomalaisia ja paljon EQ5D-kehitystyötä tehtiin juuri Suomessa.

– Tehdäksemme yhteiskunnallisia päätöksiä terveydenhuollon prioriteeteista tarvitsemme nimenomaan kansalaisten näkemyksiä, ei kulloinkin hoidettavana olevien potilaiden mielipiteitä. Resurssien käyttöpäätökset joidenkin potilasryhmien hoidosta vaikuttavat meihin kaikkiin. Jokaisella, johon jollakin toiminnalla on vaikutusta, on oikeus saada mielipiteensä kuulluksi. Siksi kaikkien kansalaisten näkemykset tulisi ottaa huomioon sen sijaan, että otettaisiin huomioon vain ne, jotka juuri nyt hyötyvät tietyn tyyppisestä hoidosta.

– Sivumennen sanottuna tutkimuksemme siitä, mitä useimmat ihmiset arvostavat sairaanhoidossa eniten, osoittaa selkeästi, että kivun ja epämukavuuden lieventämistä pidetään suuressa arvossa. Empiiriset havainnot taas osoittavat, että itse ilmoitetun kivun ja epämukavuuden tunnetta esiintyy hyvin paljon. Tuntumusten prevalenssi on suuri erityisesti vanhojen ihmisten keskuudessa. Noin 60 prosenttia suomalaisista ilmoittaa kärsivänsä kipuun ja epämukavuuteen liittyvistä ongelmista, ja niinpä onkin kysyttävä, mitä terveydenhuoltojärjestelmä tekee tämän ihmisille niin tärkeän asian suhteen.

*Suomesta katsoen näyttää siltä, että Ison-Britannian terveystaloustiede on luonteeltaan pikemminkin empiiristä kuin teoreettista. Empiiristä tutkimusta tehdään hyvin paljon ja työn taso on korkea. Ison-Britannian terveystaloustieteilijöiden kanssa keskustellessa palataan kuitenkin aina empiirisiin tuloksiin ("tämän me havaitsimme tutkiessamme x:ää ja y:tä") sen sijaan, että*

*keskusteltaisiin terveydestä ja taloudesta käsitteellisellä tasolla.*

– Tämä saattaa johtua siitä, että me uskomme saavuttaneemme aseman, jossa käsitteellisten lisäargumenttien arvo on vähäinen. Tarjotaksemme neuvoa terveydenhuollon organisoinnissa meidän täytyy tietää enemmän järjestelmien toiminnasta käytännössä sen sijaan, että tyytyisimme tietoon siitä, miten niiden periaatteissa pitäisi toimia. Mutta käsitteellinen selkeys on tärkeää, myös tapauksessa, jonka juuri mainitsin; kenen arvot tulisi ottaa huomioon ja miksi, kun arvioimme terveyttä yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Ja tämä saattaa kuulostaa yllättävältä, mutta meillä täytyy olla käsitteellisellä tasolla myös selkeä käsitys siitä, miten määrittelemme itse terveyden! On olemassa kaksi hyvin erilaista mahdollista näkökulmaa: klinikoille ja terveystutkijoille terveys tarkoittaa sitä, miten hyvin ihmisruumiin eri osat toimivat (mieli mukaan lukien). Mm. WHO tuottaa laajoja sairauden taakan suuruutta mittaavia tutkimuksia. Aivan toisesta näkökulmasta voimme nähdä terveydessä olevan kyse siitä, miltä ihmisistä tuntuu ja pystyvätkö he toimimaan normaalisti kussakin sosiaalisessa tilanteessa. Tämän käsitteen ovat omaksuneet useimmat yhteiskuntatieteilijät (taloustieteilijät mukaan lukien) ja se sisältyy myös EuroQol-ryhmän työhön. Olen kuitenkin luopunut väittelemästä näiden kahden käsitteellisen näkökulman suhteellisista ansioista, koska olen jo päättänyt, kumpi niistä on hyödyllisempi omiin tarkoituksiini. Tällä hetkellä olen enemmän kiinnostunut siitä, mitä johtopäätöksiä kyseisestä näkökulmasta voidaan empiirisesti saada eri maiden väestöjen terveydentilasta.

*Toinen tärkeä näkökohta tutkimuksissanne ovat olleet eettiset pohdinnat. Ne saivat alkunsa terveystaloustieteen yleisenä puolustuksena. Joitakin vuosia sitten aloitte käyttäät termiä "fair innings", joka käsittääkseni on krikettitermi. Onko tämä alkua terveystaloustieteen "moraaliselle teorialle"? Aiotteko nyt haastaa yleiset (lääkätieteelliset, poliittiset, arkipäiväiset) ajatukset terveydenhuollosta sen puolustamisen sijaan?*

– Olet oikeassa. Aikaisemmin minulle sanottiin usein, että lääkärit toimivat epäeettisesti laskiessaan kustannuksia määritessään parasta hoitoa potilaalle, koska lääkärin velvollisuus on tehdä kaikki mahdollinen välittämättä siitä, mitä se maksaa. Huomasin nopeasti, että tätä oletetusti eettistä välttämättömyyttä ei otettu huomi-

oon silloin, kun kulut kolahtivatkin itse lääkäreille (esimerkiksi lääkäreiden oman ajan käyttö). Tämä ei ollut tyydyttävä vastaus periaatteelliseen kysymykseen. Loppujen lopuksi ymmärsin, että kustannusten laskeminen on itse asiassa oikeudenmukaisuuskysymys, koska kustannukset edustavat uhrauksia, jotka kohdentuvat jollekin toiselle. Annetun terveydenhuollon budjetin puitteissa yhden henkilön hoitamisen resurssit ovat pois jonkun toisen henkilön hoidosta, ja tämäkin hoito olisi oletettavasti parantanut terveyttä. Joten perustava kysymys on: tuleeko meidän arvostaa terveydentilan paranemista eri lailla riippuen siitä, kenen terveydestä on kyse? Alkuperäinen käsitykseni oli, että terveydentilan paraneminen tulisi nähdä samana sosiaalisena arvona riippumatta siitä, kuka sen saa. Tämä oletus tehdään ainakin epäsuorasti kaikissa lääketieteellisissä kliinisissä kokeissa. Puhuessani tästä useiden ihmisten kanssa noin 20 vuoden aikana minulle selvisi, että useimmat ihmiset (mukaan lukien useimmat vanhukset) asettaisivat etusijalle nuoren ihmisen vanhan sijaan, jos täytyisi valita, kuka esimerkiksi saisi hoitoa, joka estäisi välittömän kuoleman ja antaisi viisi ylimääräistä vuotta tervettä elämää. Tämän yleisen asenteen takana oli ajatus ”reiluista sisävuoroista”; sen mukaan olemme kaikki oikeutettuja tietyn mittaiseen elämään – Raamatun mukaan 70 vuoteen! Jos joku kuolee kauan ennen tätä ikää, ajattelemme, että elämä on kohdellut häntä epäreilusti. Jos hän vastaavasti elää terveenä ja ylittää selvästi ”reilun” iän kuollessaan, ajattelemme tilannetta ikävänä mutta emme enää tragediana!

– Oma haasteeni kenen tahansa eettiselle ajattelulle on, että jos tavoite on vähentää eriarvoisuutta elämän aikaisessa terveydessä (ja tämä on erittäin terve tasa-arvoinen tavoite, jota tuen täydestä sydäimestäni), täytyy asettaa etusijalle haavoittuvaiset nuoret – toisin sanoen kaikki alle 50-vuotiaat – ja toiselle sijalle pitkäikäiset vanhukset,

muuten mitään rakentavaa ei koskaan tapahdu näiden eriarvoisuuksien vähentämiseksi. Ei ihme, että taloustiedettä kutsutaan joskus ”synkäksi tieteeksi” (dismal science)!

*Onko olemassa pieniä tai suuria kysymyksiä, joiden kohdalla te taloustieteilijänä sanoisitte, että ne nostavat esiin pohdintoja, joiden vastaukset löytyvät muualta, eikä taloustieteilijän logiikka voi olla avuksi?*

– Haluaisin käsitellä tätä kysymystä kahdella eri tasolla. Ensinnäkin on selvää, ettei taloustiede voi vastata kaikkiin kysymyksiin, mutta eipä pysty mikään muukaan tiede. Toisaalta uskon taloustieteilijän ajattelutavan olevan aina hyödyllinen. Tarkemmin ilmaistuna luulen, että terveydenhuollon alalla on hyvin vähän ongelmia, joiden suhteen taloustieteilijät eivät voi olla avuksi: he voivat selkeyttää ongelmia vaikkeivät voisikaan tarjota valmiita vastauksia. Taloustieteilijöillä ei ole oikeutta määrätä, mitä terveydenhuollon tavoitteiden tulisi olla, mutta heillä on oikeus vaatia, että ne ilmaistaan niin tarkasti, että niiden saavuttamista voidaan arvioida. Kun samanaikaisesti pyritään useisiin päämääriin, taloustiede voi auttaa selvittämällä asioiden suhteellista tärkeyttä, kun päämäärien välille haetaan kompromisseja niiden väistämättä törmätessä toisiinsa. Jopa vaikeatajuiset väittämät lääketieteen etiikasta voidaan nähdä kysymyksinä erilaisten tavoitteiden tärkeydestä. Tieto erilaisten eettisten näkökantojen omaksumisen seurauksista hyötyinä ja kustannuksina on hyödyllistä. Joten vaikka ”taloudellinen logiikka” ei tarjoakaan valmiita vastauksia ideologisiin tai eettisiin kysymyksiin – ja tämä pätee myös moraalifilosofiaan –, tämä ei tarkoita, ettei taloudellinen logiikka voisi toimia selvittäjänä ja hyödyllisenä tekijänä. Se, onko tällainen selvennys aina tervetullutta, onkin taas kokonaan toinen asia!